

Thèse

DE LA

PHARYNGITE SYPHILITIQUE

TERTIAIRE

PAR

H. MACHON,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Elève des hôpitaux de Paris et de Lyon.



PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE - ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

—
1874

DE LA

PHARYNGITE SYPHILITIQUE

TERTIAIRE.

Da veniam scriptis quorum non gloria nobis
Causa, sed utilitas officiumque fuit.

OVIDE.

INTRODUCTION.

Notre intention, en choisissant pour sujet de thèse les *lésions syphilitiques tertiaires* de l'arrière-gorge et des fosses nasales, n'est point de donner un simple compte-rendu de ce que les auteurs ont écrit sur cette affection. Nous n'avons pas non plus la prétention de faire une description complète des lésions que détermine la syphilis sur la muqueuse pharyngée. Notre but, tout en nous inspirant des travaux de nos devanciers, et mettant à profit notre observation, est d'exposer les traits caractéristiques de cette affection, de manière à lui légitimer le nom de pharyngite syphilitique.

Ce travail, au déclin de nos études, eût été bien long et bien difficile, sans l'obligeant concours de notre ami M. Kermisson.

Nous prions MM. Guérin, Fournier et Isambert, de recevoir l'hommage de notre reconnaissance, pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée et les conseils qu'ils nous ont prodigués.

HISTORIQUE.

C'est jusqu'à l'époque de l'apparition de la syphilis en Europe, qu'il faut remonter pour trouver les premiers faits relatifs aux manifestations du virus syphilitique sur la muqueuse pharyngée. Ces lésions devaient, en effet, et par leur siège et par leurs accidents, tout d'abord attirer l'attention des syphiliographes.

Le médecin de Henri II, le célèbre Fernel, nous a laissé dans son livre (1) un cadre nosologique de la syphilis, où les ulcérations de la gorge et des fosses nasales sont classées au nombre des affections du 3^e degré.

Astruc (traduction de Louis, 4^e édition) parle des maladies vénériennes, mais il confond les accidents secondaires et les accidents tertiaires, et il place au troisième rang de ses « affinités » les lésions de la gorge.

Swediaur (2) signale l'existence d'ulcères syphilitiques au niveau des trompes et sur le pharynx (1809).

Cullerier et Ratier, et toute l'école du Midi (3) connaissaient cette affection. Écoutons, plutôt :

« Nous montrerions le nez tout entier détruit, la voûte palatine percée, les lambeaux du voile, déchiquetés par l'ulcération, se réunissant de la manière la plus bizarre,

(1) De luis venereæ curatione perfectissima, 1557.

(2) Traité des maladies syphil., 6^e édition, 1809.

(3) Art. Syphilides, t. XV. Paris, 1836, Dict. de méd. et de chir. prat.

de façon à fermer le pharynx et à gêner assez le passage de l'air lui-même, pour qu'on ait été obligé de pratiquer la trachéotomie. »

Bassereau, Langlebert, Rollet effleurent le sujet sans s'y arrêter.

Les dermatologistes de notre siècle se sont surtout occupés de la laryngite. Cruveilhier en fait l'anatomie pathologique ; Turek vulgarise le laryngoscope ; et c'est à peine si, dans leur article *Angine* (1), MM. Denos et Peter font à la pharyngite syphilitique l'honneur de quelques lignes.

Nous avons trouvé dans le savant traité des angines de M. le professeur Lasègue (2) et dans l'ouvrage de M. Lancereaux (3), de nombreux documents, qui nous ont servi à corroborer nos observations et à compléter les points qui nous paraissaient obscurs ou inédits.

Nous avons extrait plusieurs faits cliniques et plusieurs observations du mémoire du D^r Hermann Paul, traduit par M. Verneuil (4).

DIVISION ET PATHOGÉNIE.

Dans toutes les périodes de la syphilis, la pharyngite se manifeste-t-elle sous le même aspect, avec des lésions identiques, ou bien le virus spécifique détermine-t-il dans le pharynx des lésions analogues à celles de la peau ? La lecture des traités spéciaux et surtout l'étude clini-

(1) Desnos. Nouveau dict. de méd. et de chirurgie prat., vol. II, 1865.

— Peter. Article Angine, Dict. encyclopédique des sciences médicales.

(2) Lasègue. Traité des angines.

(3) Lancereaux. Traité hist. et prat. de la syphilis, 1866.

(4) Herman. Archiv. für Klinik chirurg., t. VIII, traduit par M. Verneuil Archiv. gén. de méd., 1865, vol. II.

que nous ont démontré que l'on devait, malgré l'opinion contraire de quelques auteurs, décrire à part une première variété de pharyngite, *pharyngite exanthématique*, qui n'a de valeur que par la concomitance de l'éruption qui l'accompagne.

Une deuxième forme, *pharyngite secondaire*, qui correspond non-seulement aux plaques opalines, mais à toutes les lésions purement inflammatoires que provoque l'infection constitutionnelle.

Une troisième forme, *pharyngite tertiaire*, qui comprendra les lésions plus tardives, que la syphilis fait éclore sous formes de *tumeurs* ou d'*infiltrations dites tertiaires*.

L'infection de l'économie par la syphilis est assurément la cause première de l'apparition des accidents morbides sur la muqueuse de la gorge. Mais, pourquoi tel individu a-t-il une gomme du voile, tel autre une gomme du frontal? Nous sommes obligé de traduire notre ignorance par le mot idiosyncrasie. Pourquoi encore la plaque muqueuse choisit-elle de préférence les amygdales, les piliers, les commissures et les joues? Pourquoi voyons-nous les tumeurs gommeuses plus souvent éclore derrière les piliers du voile, tandis que ces organes, vraies colonnes d'Hercule, selon la pittoresque expression de M. Fournier, semblent opposer souvent une barrière infranchissable aux plaques muqueuses. Nous n'avons pu que constater la réalité et la fréquence de ce fait sur les nombreux malades qui ont été observés par nous, soit à l'hôpital Saint-Louis, soit à Lourcine.

Cependant nous devons ajouter que la prédisposition aux angines paraît, en quelque sorte, préparer un lit aux affections syphilitiques.

L'abus des boissons alcooliques et du tabac paraît influer bien plus sur la durée et sur la ténacité que sur l'apparition des ulcérations. Les excès en tous genres, surtout les excès vénériens, exercent une influence bien connue sur la manifestation et sur l'aggravation de la maladie.

Nous pourrions ajouter de nombreux exemples à l'appui, si ces faits n'étaient déjà suffisamment et depuis longtemps connus.

Mais quelle est la fréquence des cas constatés de syphilis tertiaire pharyngée? Les statistiques nous accusent un nombre relativement restreint de localisation de cette affection sur la muqueuse pharyngienne. Les malades des dispensaires (cliniques de M. Fauvel et de M. Isambert) paient le plus lourd tribut à la syphilis du pharynx.

Sur 32 cas de pharyngite avec adhérence du voile du palais, rapportés par Paul Hermann, 26 étaient dus à la syphilis, 6 à la scrofule ou à la syphilis héréditaire. 4 enfants et 2 adultes font le sujet de ces dernières observations.

Nous empruntons à la thèse de M. Koch (Angine scrofuleuse) la statistique du dispensaire des maladies du larynx au bureau central des hôpitaux. Sur 258 malades, dont il a pu relever les observations en une année, nous avons trouvé :

Angines catarrhales.....	28
— syphilitiques.....	35
— herpétiques.....	6
— glanduleuses.....	9
Névroses et paralysies laryngées.....	8
Phthisie laryngée.....	91
Angines scrofuleuses.....	17

Polypes muqueux et épithéliaux.....	6
Granulies pharyngo-laryngées.....	2
Cancers.....	4
Gonflement du corps thyroïde avec dyspnée.....	4
Epithélioma de la langue.....	1
Ulcérations tuberculeuses de la langue.....	2
Laryngites mixtes (phthisie et syphilis).....	10
Angines mixtes syphilitiques et scrofuleuses.....	11
Angines restées indéterminées par cessation de traitement...	24
Stomatites et épiglottites ulcéro-membraneuses.....	2
Abcès pharyngien.....	1

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous nous proposons d'esquisser en quelques lignes les altérations que peut provoquer la syphilis sur les tissus qui entrent dans la structure des parties constituant le pharynx. Outre la rougeur diffuse, due à la congestion de l'organe, l'hyperémie donne naissance à un gonflement parfois limité, mais le plus souvent fort étendu, amenant une turgescence notable du voile, des piliers, de la paroi postérieure du pharynx. Souvent même l'épiglotte peut prendre une forme lobée, bilobée ou trilobée, par suite du gonflement de ses bords (thèse de Ferras) (1). Puis commence sur le point où doit bientôt saillir une gomme, un travail que nous croyons entièrement comparable à celui qui se passe dans les parenchymes atteints par la syphilis constitutionnelle. C'est un travail d'hyperplasie qui se fait. Il est caractérisé par la production d'un tissu conjonctif de nouvelle formation. Hunter croyait à un épanchement de lymphes plastique. Le jour où Lebert décrivit l'élément spécifique de la syphilis, il ne fut pas plus heureux que lors-

(1) Laryngite syphilitique 1872.

qu'il crut avoir découvert l'élément du carcinome, la cellule cancéreuse. La théorie de l'élément spécifique s'écroula devant l'observation histologique.

Nous ne croyons point que ce soit ici le lieu de faire l'historique de la gomme. Qu'on lui donne le nom de tumeur, de granulations, avec Virchow (*granulations gewebe*), de syphilome, avec Wagner, ou de cytotblastome, avec Verneuil et Robin, nous n'aurons pas démontré qu'il existe pour la gomme un caractère histologique qui la différencie des produits inflammatoires. Mais étant donnée une tumeur, placée sur le voile ou sur la voûte palatine, lente dans son évolution, sans chaleur et sans changement de coloration de la muqueuse, qu'elle se résorbe sous l'influence d'un traitement spécifique, ou qu'elle vienne à s'ulcérer dans un espace de temps très-court, vingt-quatre ou quarante-huit heures, et que, après avoir déterminé la destruction des tissus, elle laisse une perforation avec des brides cicatricielles indélébiles, à ces seuls caractères, on pourra affirmer que la tumeur est une gomme.

Insistons de nouveau sur cette infiltration tertiaire qui précède l'évolution de la gomme. Elle est caractérisée, nous l'avons dit, par l'hyperplasie du tissu conjonctif qui présente une grande quantité de cellules embryonnaires et s'organise en tissu fibreux. La disposition du tissu conjonctif y est entrecroisée en différentes directions ; les cellules plasmatique y subissent souvent la dégénérescence granulo-graisseuse et ne sont plus alors représentées que par des îlots noirâtres. A leur centre, ces masses fibreuses offrent souvent une dégénérescence muqueuse ; on n'y trouve pas trace de tissu élastique (Cornil et Ranvier). Nous reviendrons

sur cette infiltration et sur ses conséquences à l'article Terminaison (1).

M. Bouisson a constaté que dans l'épaisseur des muscles staphylins et de leur gangue fibro-celluleuse, il se produisait une condensation, ou circonscrite ou diffuse, en même temps que sur la face postérieure ou sur la face antérieure du voile devenu plus épais, quelquefois œdémateux, apparaissent, faisant saillie sous la muqueuse, une ou plusieurs gommès.

Ces tumeurs sont souvent solitaires, quelquefois multiples. Leur siège le plus fréquent est sur le voile, à l'union de la portion membraneuse avec la portion osseuse de la voûte (obs. 3).

Tous les auteurs s'accordent à désigner ce point comme étant le siège le plus fréquent de la gomme palatine. Après les piliers, les parties le plus souvent atteintes par ordre de fréquence sont la luette soit à sa base, soit à son sommet, la voûte palatine et enfin la face postérieure et supérieure du pharynx. L'épiglotte et le cavum nasale marchent à peu près de pair quant à l'ordre de fréquence de leurs lésions. C'est du moins ce que semblent démontrer nos observations.

La pharyngite est souvent accompagnée de l'hyperplasie des follicules de la base de la langue, du pharynx, des amygdales. M. Lancereaux en cite de nombreux exemples. La malade qui fait le sujet de l'observation 1 en est une nouvelle preuve. Cette hypertrophie qui n'a rien de spécifique donne à la muqueuse pharyngienne un aspect mamelonné et inégal, que l'on a peut-

(1) Nous avons pu, grâce à l'obligeance de M. Liouville, nous rendre compte de cet état pathologique des tissus sous-muqueux sur des coupes faites sur le pharynx de la femme qui fait le sujet de l'obs. I.

être à tort considéré comme un signe de scrofule (1), vu la fréquence de cet état en dehors de la diathèse strumeuse.

La périostose et la gomme du rachis sont relativement rares. Nous n'en avons point observé. Leur lieu d'élection serait la partie antérieure des vertèbres qui correspond au pharynx (2) (Mathias).

La gomme constituée se ramollit rapidement. Deux causes président à sa fonte : la suppuration et la dissolution graisseuse qui se prêtent la main pour isoler les cellules les unes des autres, les priver de leur point d'attache à l'organisme, pour les atrophier et momifier leurs éléments. La muqueuse amincie, tendue par la pression, cède et laisse échapper son contenu presque à l'insu du malade. C'est pendant le sommeil ou le plus souvent pendant la mastication que se rompt ce que Wagner appelle la coque de la tumeur gommeuse. Alors apparaît un ulcère dont le fond et les parois sont infiltrés de jeunes cellules. Il s'en écoule un liquide ichoreux, jaunâtre, mélangé avec des débris de cellules et de détritits graisseux. Le fond de l'ulcération est gris blanchâtre, sa consistance ferme et lardacée. C'est graduellement qu'ont lieu la dissolution et la fonte des tissus voisins. L'ulcération s'agrandit de plus en plus, à moins qu'un traitement hydrargyrique ne vienne interrompre sa marche. Alors l'ulcère se recouvre d'une couche de tissu embryonnaire qui [marche de la périphérie au centre, et la cicatrisation a lieu.

Cette cicatrice ne diffère en rien du tissu cicatriciel

(1) Thèse de Kock.

(2) Thèse de Strasbourg, 1871.

ordinaire. Elle est le plus souvent profonde, peu saillante ; d'abord violacée, brillante, couleur de jambon, elle prend peu à peu l'aspect nacré. Si la tumeur, au lieu d'être unique, se présente en pléiade sur le voile ou sur la paroi pharyngée, alors apparaît ce que les dermatologistes ont décrit sous le nom de *Lupus syphilitique*. Le néoplasme peut présenter un volume très-variable. Sa grosseur varie de celle d'un grain de millet à celle d'une petite noix. Il peut être superficiel ou profond, débiter dans le tissu cellulaire sous-muqueux, intermusculaire, ou dans le tissu connectif du périoste et même dans les canaux de Havers des os qui concourent à former la paroi osseuse de la voûte et du pharynx.

L'extension du travail n'entraîne pas seulement une destruction totale de la muqueuse, mais aussi des plans musculaires sous-jacents et des parties fibreuses ou osseuses, et cause des pertes de substance indélébiles. Taillées à pic, à bord tranchés, et par conséquent offrant une lésion bien limitée sur la membrane muqueuse, ces ulcérations répondent au sphacèle par un arrêt de la circulation capillaire (c'est donc un phénomène secondaire). Le nombre en est restreint. Arrondies en forme de fer à cheval ou de croissant, elles sont quelquefois serpigineuses, rarement phagédéniques. La partie centrale est grisâtre, opaline, comme gangréneuse et enchaîtonnée par des bords saillants, rouge cuivré, ou couleur lie de vin et indurés, ce qui est caractéristique.

La muqueuse palato-pharyngée subit peu d'altérations en dehors des points ulcérés. Quelquefois cependant elle présente, surtout au début, une couleur rouge sombre, diffuse, avec gonflement variable, mais elle reste toujours ferme, dure, caractère important. Elle

est encore souvent parsemée de riches arborisations comme le montre l'observation 2.

L'épiglotte, disons-le en passant, le plus souvent intacte est quelquefois rouge, tomenteuse, ulcérée sur ses bords, d'un aspect mûriforme sur sa face supérieure et parfois bilobée ou trilobée. Ferras, à qui nous empruntons cette description, rapporte l'observation d'un homme de 60 ans qui portait sur son épiglotte un ulcère syphilitique végétant, simulant un épithélioma. Bouisson a signalé la présence de nodus, et nous en avons observé quelques cas, dans la portion de la langue qui correspond à l'isthme.

Le rhinoscope fait découvrir des ulcères qui passent inaperçus sans cet examen. Ils peuvent occuper le cavum nasale sur tous les points, mais de préférence au niveau des trompes d'Eustache. Smelder en a observé un grand nombre de cas, et Türck en relate trois autres (1). Le fond en est quelquefois sanieux et grisâtre, et disparaît souvent sous des croûtes brunes, noirâtres, fétides, au-dessous desquelles stagne un pus sanguinolent. Ils diffèrent ainsi des ulcérations baignées par la salive, qui ne sont jamais recouvertes de croûtes. Le squelette est carié, ramolli, nécrosé. La lésion est-elle plus profonde : les os propres du nez, l'ethmoïde, le vomer, les apophyses palatines disparaissent. (Obs. 17.)

C'est dans les faits de ce genre qu'on a vu parfois la propagation de la suppuration aux méninges, la thrombose de la veine ophthalmique et consécutivement des coagulations des sinus de la dure-mère.

(1) Türck. Klinik der krank. des Kehlskopfes, Wien, 1866.

Lebert (1) croit que le larynx est souvent atteint par propagation des ulcères pharyngiens.

Virchow déclare qu'ils se propagent plutôt dans ce cas à la base de la langue. Quelle est la nature de ces ulcères? Sont-ce des ulcères folliculeux semblables à ceux de la pharyngite, et dont l'extension serait due à la diathèse syphilitique? Nous ne pensons pas que ni l'un ni l'autre des termes de cette proposition soient vrais. Nous sommes plutôt porté à croire qu'ils sont dus à une complication accidentelle purement inflammatoire ou scrofuleuse. Quoi qu'il en soit, sous l'influence du traitement iodohydrargyrique, les bords de l'ulcération spécifique deviennent végétants: ils s'épaississent; le fond se nettoie et arrive ainsi progressivement de la circonférence au centre à la cicatrisation, dont les tissus voisins font les plus grands frais. De là une source de complications dont la moindre est le tiraillement et la déformation des parties molles qui se sont prêtées au travail de la cicatrisation.

Nous ne citons que pour mémoire les cas où l'ulcération a pu gagner l'artère linguale, ou le canal rachidien et déterminer la mort par hémorrhagie (2).

SYMPTOMES.

La syphilis vient prendre domicile dans le pharynx, sans apparat et sans bruit. Très-souvent un écart de régime, un excès de coït, un refroidissement préside à l'éclosion de la maladie. L'individu intertè a bien senti quelque chose d'anormal, un peu de gêne dans la

(1) Lebert. *Anat. gén. et spéc.*, p. 582.

(2) Fougère. *Thèse de Paris*, 1871.

déglutition, de cuisson, de sécheresse à la gorge, du nasonnement, son haleine a pris une odeur fétide, il tousse quelque peu et ne peut dormir la bouche fermée; mais loin de supposer que c'est le virus syphilitique qui se révèle chez lui, il se refuse à prendre en considération cet état symptomatique, pour attribuer à mille causes banales l'origine du mal qu'il éprouve. Ce n'est que lorsque sa voix s'est profondément modifiée dans son timbre, ou lorsque les sens de l'odorat, du goût ou de l'ouïe sont lésés, et surtout lorsqu'il a ressenti sur son palais quelque chose qui le gêne, l'irrite; après avoir lui-même examiné sa gorge dans une glace, ou l'avoir fait examiner par une personne amie, qu'il se décide à se soumettre à un examen médical et à réclamer les secours de l'art.

On comprend alors combien sont grandes les difficultés et causes d'erreurs que doit vaincre le médecin qui n'a point assisté au début de la maladie, et qui souvent n'est qu'imparfaitement renseigné.

Quels sont donc les signes de cette affection et quels sont les moyens qui permettent de la reconnaître?

Après avoir procédé à l'interrogatoire du malade et avoir cherché dans ses antécédents tout ce que sa mémoire peut fournir soit du côté de l'hérédité, soit sur sa vie antérieure, il importe de procéder à l'examen local de la lésion.

Le tableau de la maladie sera plus ou moins complet suivant la période, l'ancienneté de la syphilis pharyngée, le nombre des récidives et l'existence ou la non-existence d'un traitement spécifique antérieur.

Nous diviserons l'étude de cette affection en deux chapitres, le premier correspondant à la phase d'évolu-

tion et d'état, le second à la période dite de cicatrisation et de ses conséquences.

Les symptômes de la pharyngite syphilitique tertiaire sont généraux, physiques et fonctionnels.

Symptômes généraux.— Ils manquent rarement. Nous avons pu nous en assurer par l'interrogatoire des malades. Mais ils passent souvent inaperçus : d'une part à cause de leur peu d'intensité, d'autre part parce que le malade n'y voit que l'effet d'une indisposition passagère ou saisonnière. Chaleur légère à la peau, céphalalgie, affaiblissement de tout le corps, sensations douloureuses dans les membres, diminution de l'appétit, langue saburrale, tels sont les phénomènes que l'on observe au début de la pharyngite syphilitique ; mais, comme ils sont très-légers, et le plus souvent inobservés, nous ne nous y arrêterons pas.

Symptômes locaux.— Ce qui nous a frappé au premier abord, c'est l'état de la voûte palatine et du voile. (Obs. 3.)

En même temps que l'infiltration tertiaire des piliers et de ses muscles staphylins, cette malade présentait sur la voûte des gommes à différentes périodes d'évolution.

Le sujet de l'obs., X..., avait une perforation de la voûte palatine, et le voile était comme crevassé, mamelonné et d'une couleur rouge vineuse. Le reste de la voûte buccale en avant et sur les côtés est normal.

Dans un cas observé par nous (obs. 7), il y avait simultanément une gomme du maxillaire supérieur gauche et une cicatrice des lèvres au niveau de la commissure droite.

Ces perforations sont souvent multiples, et alors leur

siège de prédilection est la ligne médiane, où plus souvent elles se montrent suivant une direction transversale, de droite à gauche, sur le voile lui-même, qui, sous le coup de ces altérations multiples, ne tarde pas à être dilacéré et à tomber en partie ou en totalité. La luette, devenue flottante, se déchire souvent sous l'effort de la déglutition, se détache à l'insu du malade ou détermine des phénomènes réflexes que nous examinerons en leur lieu. A ce moment, le palais et son voile sont boursoufflés, œdémateux, et comme parsemés d'une série de petites tumeurs que soulèvent la muqueuse. Petites, à peine sensibles au début, mobiles, elles deviennent par la suite adhérentes à la muqueuse. Leur accroissement est lent, elles sont indolores; c'est ordinairement lorsqu'elles ont atteint le volume d'une noisette que le chignon et la couche épithéliale qui les revêtent s'amincissent et prennent une couleur rouge cuivré. Les ganglions de la région sous-maxillaire se tuméfient, et, au travers de la « coque de Wagner », qui enveloppe la tumeur, on peut en ce moment sentir la fluctuation. La muqueuse se perfore le plus souvent en plusieurs points. Il en sort un pus ichoreux, mal lié, entraînant avec lui des débris organiques. L'ulcération se produit, progresse et ne se cicatrise point facilement. Ses bords sont saillants, taillés à pic; le fond en est grisâtre, bien différent de l'aspect jaune que MM. Hamilton et Isambert ont décrit sous le nom d'ulcère scrofuleux de la gorge. Cette ulcération, après avoir perforé la muqueuse, arrive plus ou moins rapidement sur l'os, si elle n'a débuté par lui. La carie, puis la nécrose, se produisent, et, à la place

(1) Isambert. Union médicale, 1872.

d'un ulcère à fond putrilagineux et comme gangréneux, qui était simple tumeur il y a quinze ou vingt-cinq jours, il existe une communication de la cavité buccale avec la cavité naso-pharyngienne, communication qui pourrait atteindre des dimensions effrayantes (obs. 17), si le traitement ne vient pas enrayer la maladie. Une remarque : ces pertes de substance, constamment balayées par la salive, ne présentent jamais de croûtes à leur surface.

Nous avons vu, en traitant de l'anatomie pathologique, combien le siège de ces lésions est variable.

Dans quelques cas, et ils ne sont pas rares, l'examen superficiel de la bouche et de l'arrière-gorge ne révèle aucune lésion; le voile et la luette cependant sont dirigés presque perpendiculairement, et peu mobiles sous le courant d'air inspiratoire et expiratoire. Le malade nasonne, les aliments passent par le nez; alors l'examen avec le miroir laryngé devient urgent; il va nous donner les plus utiles renseignements et nous faire toucher du doigt la lésion qui, le plus souvent, est une gomme ou un ulcère de la paroi postérieure du voile du palais. Quelquefois l'attention est attirée vers ce point par une plaque rouge, saillante, située du côté de la cavité buccale, à l'opposite de la lésion ci-dessus indiquée (obs. 2). Plus tard, la perte de substance contourne le bord inférieur du voile, vient gagner la luette et les piliers, et ne guérira qu'en laissant une dentelure persistante. (Paul Herm.)

Si l'on parvient, au prix des plus grandes difficultés, à introduire son doigt dans la cavité pharyngienne supérieure, la première sensation est celle d'une constriction. L'infiltration tertiaire a enlevé au voile du palais

et à la partie pharyngée sa souplesse et sa douce élasticité. Le toucher donne la sensation d'une membrane épaissie, lisse, dure et ferme, rappelant celle d'un fibrome situé au-dessous de la muqueuse. Dans une période plus avancée, l'impression laissée est celle de colonnes charnues, d'état mamelonné, cannelé, assez analogue à ce que l'on perçoit par le toucher dans le cas de rétrécissement syphilitique du rectum. On remarque, en outre, que l'isthme est considérablement atrésié, et que ce rétrécissement va chaque jour en augmentant. Toutes les masses musculaires qui composent l'isthme s'hypertrophient (1), sont le siège d'ulcérations ou de produits gommeux. La luette se déplace pour aller prendre greffe sur un des points de la paroi, les piliers postérieurs s'avancent sur la ligne médiane, à la manière de deux rideaux baissés, et, s'il existe une ulcération granuleuse sur le pharynx, l'adhérence va avoir lieu, le doigt se heurtera contre un obstacle invincible, et le conduit pharyngien sera sur le point d'être divisé, par un diaphragme plus ou moins complet, en deux parties : portions sus et sous-palatine.

L'amygdale, siège d'élection des plaques muqueuses, n'est pas pour cela à l'abri des lésions de la syphilis tertiaire. Les gommes et les ulcérations y sont peut-être moins rares que ne le prétendent certains auteurs. Nous avons pu observer très-souvent des lésions de cet organe (obs. 5, 7, 13); mais, malgré l'autorité de MM. Mason, Warren et Desnos, nous n'avons jamais remarqué de déformation du thorax après leur destruction.

La fréquence relative des affections tertiaires des

(1) Panas. Société de chirurgie:

fosses nasales, leur importance au point de vue du diagnostic de la pharyngite tertiaire, qui sans cela passerait inaperçue, nous oblige à les signaler. Nous avons vu très-souvent une communication s'établir entre la bouche et les fosses nasales, et plus souvent encore les ulcères pharyngées s'étendent de la paroi supérieure du pharynx aux trompes et à l'arrière-cavité des fosses nasales. Il n'est pas moins fréquent de rencontrer des malades qui se présentent au médecin, ne lui signalant que de l'embarras des narines avec un point sensible et douloureux à la base du nez, de l'enchifrènement, un écoulement liquide, séreux, à peine teinté ou séro-sanieux, d'autant plus fétide que la lésion siège sur des parties plus profondes. L'odorat est affaibli ou entièrement perdu. La tuméfaction se manifeste à la base du nez, qui s'affaisse, s'aplatit, sous l'influence de la nécrosie syphilitique. On croit à de l'ozène, sous la dépendance de la scrofule ou de la syphilis, et l'on n'a point remarqué la lésion sus-pharyngienne concomitante. (Obs. 8.)

L'ichor qui s'écoule par le nez, soit qu'il vienne, comme l'a signalé M. Alph. Guérin, de la partie supérieure du canal pharyngien rétréci et ulcéré, soit qu'il provienne d'ulcères sous-muqueux ou de carie des os du nez, se condense souvent en croûtes épaisses et adhérentes qui recouvrent les ulcérations profondes, irrégulières et saignantes. Dans quelques cas, fort heureusement rares (nous les avons signalés déjà à propos de l'anatomie pathologique des lésions des fosses nasales), le pharynx et les fosses nasales ne forment plus qu'un vaste cloaque. (Obs. 17.)

Symptômes généraux. — Dire, avec quelques auteurs,

que le malade parle du nez, que la voix est rauque, modifiée dans son timbre; de telles affirmations nous paraissent insuffisantes. Car la voix n'acquiert cette raucité, désignée sous le nom de « raucedo syphilitica », que dans le cas de laryngite concomitante. L'altération du timbre qui frappe le plus et le malade et le médecin est le nasonnement qui est de deux degrés.

1° la cavité buccale communique avec les fosses nasales par une perforation palatine, où le voile du palais est tendu, immobile; le son va retentir directement dans la partie postérieure des fosses nasales, et s'en écoule facilement. Il n'y a pas de rétrécissement des orifices postérieurs de ces cavités, ni d'obstruction des parties moyenne ou antérieure. (Obs. 7.)

2° Le son prend une manière d'être bien caractéristique qui constitue le timbre nasillard, autre degré du nasonnement, lorsque l'orifice ultérieur est oblitéré, et que le tuyau d'écoulement à l'air est obligé, malgré la perforation palatine, de se faire presque entièrement par la bouche. (Obs. 14.)

On voit donc que l'expression parler du nez est fausse, et que malgré l'autorité de Magendie, il y a une différence entre cette expression vulgaire et le mot nasonnement. L'une doit exprimer un simple passage du son, l'autre indique un arrêt et un retentissement des ondes sonores.

Quant au timbre des sons pharyngés, la voix chuchotée est d'une intensité trop faible pour que nous ayons pu les étudier; et il est difficile de reconnaître le timbre nasal du timbre guttural dans le bruit de souffle qui accompagne ces sons. Mais nous avons pu remarquer que, contrairement à l'opinion de certains auteurs,

le son ne s'élève point à mesure que le voile se tend et que le rétrécissement de l'isthme du gosier n'imprime aucune modification à la tonalité, s'il n'y a pas une infiltration tertiaire et un abaissement du voile du palais. La perforation palatine ne nous a pas paru également avoir d'influence sur la tonalité.

Le son produit par la prononciation des lettres M et N est remplacé par les sons B et D. C'est ainsi que les malades disent « enrhubé » pour enrhumé, « don » pour non. Il est souvent étouffé; la formation des diphthongues est souvent impossible.

Très-souvent le malade grasseye, et nous avons remarqué que cette altération de la parole se produisait surtout lorsque le voile était adhérent ou immobile (obs. 15).

La respiration peut être gênée par la syphilide gommeuse des piliers ou des amygdales. Si la pharyngite se complique de lésions de l'épiglotte, alors la dyspnée croissant avec l'affection de l'opercule laryngien, l'hématose devient facilement insuffisante et le malade est menacé de mort par asphyxie.

L'air respiré a une odeur fétide, gangréneuse pendant toute la période d'évolution des ulcères. La toux est fréquente; c'est surtout le matin, pour se débarrasser du muco-pus qui s'est accumulé sur la paroi postérieure de son pharynx que le malade se sent le besoin de « hemmer, » de faire quelques efforts de toux.

La pharyngite n'a aucune influence sur la nature de l'expectoration, et à moins de complications analogues à celles des observations VII et XVI, il est rare que les ulcères donnent du sang. La bouche, continuellement desséchée par le courant d'air inspiratoire et expira-

toire, le malade ne peut qu'imparfaitement respirer par le nez, et est obligé de se gargariser fréquemment (obs. 2, 3, 8, 15).

La mastication est souvent gênée, douloureuse, quelquefois impossible, à cause de la présence de produits gommeux sur le voile, du gonflement des parties voisines ou de la douleur que provoque le tiraillement des ulcérations palato-pharyngées pendant l'écartement des mâchoires (obs. 3).

De la dysphagie accompagne le premier et le deuxième temps de la déglutition. La déglutition des liquides est parfois douloureuse, à cause de l'action irritante de ces liquides sur les ulcères de l'arrière-gorge. Les malades des observations VII et VIII ne pouvaient boire ni vin, ni liqueurs alcooliques, à cause de la cuisson qu'ils leur provoquaient. Un phénomène qui ne manque jamais s'il y a perforation palatine ou lésion du voile, c'est le reflux des aliments par les fosses nasales. Chez le malade qui fait le sujet de l'observation XIV les liquides passent en arrière par l'orifice postérieur des fosses nasales et reviennent dans la cavité buccale par la perforation qui existe en avant sur les apophyses palatines du maxillaire.

Ajoutons que les malades, pour boire, sont obligés d'incliner fortement la tête en arrière (obs. 4 et 17). La perception des saveurs est souvent émoussée; de l'ozène accompagne, dans la généralité des cas que nous avons rapportés, l'affection pharyngée tertiaire. Un phénomène morbide également très-fréquent est la surdité. Elle est due à la carie syphilitique du rocher, ce qui est rare; et dans ce cas, l'audition est à tout jamais perdue. Le plus ordinairement elle est passagère

et guérit avec la cicatrisation des ulcères naso-pharyngiens par délitescence de l'inflammation qui l'avait provoquée en se propageant à la trompe d'Eustache. Elle est unilatérale ou bilatérale, le plus souvent les malades n'accusent que de simples bourdonnements ou des tintements d'oreille.

La syphilis tertiaire stigmatise le voile et ses annexes, en les privant de leur exquise sensibilité. Elle les émousse et le doigt peut se promener au-dessous d'eux, les toucher sans déterminer de phénomènes réflexes, (obs. 1, 3.) Alors l'examen pharyngé deviendrait chose facile, si un obstacle essentiel ne se présentait de nouveau. Nous avons déjà parlé des adhérences anormales et des rétrécissements consécutifs à l'infiltration tertiaire (obs. 2, 15.)

Cet organe n'est pas seulement atteint dans sa sensibilité; une conséquence fréquente de l'ulcération ou de la néoplasie interstitielle, c'est la perte plus ou moins complète de sa motilité. C'est en vain que le courant d'air vient se briser contre lui, il ne répond plus à l'effort respiratoire.

La luette ne trémousse plus avec cette agilité qui lui est propre, elle paraît gênée dans ce mouvement et comme semi-paralysée.

Lorsque l'ulcère gommeux l'a détachée en partie, elle paraît allongée; elle repose en s'étalant sur la face postérieure de la langue et provoque des accidents excessivement pénibles pour le malade. Il est constamment tourmenté par un besoin pressant de hemmer; l'expuition devient pénible, la toux fatigante et parfois convulsive, (obs. 3). Aussi l'excision de la luette devient-elle nécessaire dans ce cas.

La sensibilité générale du pharynx peut être exagérée ou diminuée. Le malade l'accuse spontanément, ou se plaint de l'intensité de la douleur que lui provoque et la déglutition et surtout le toucher explorateur.

Elle est variable dans son intensité et dans sa forme : c'est sécheresse de la gorge ou cuisson, dysphagie, ou ténisme pharyngien compliquant les ulcères des piliers et de l'amygdale.

A la période gommeuse, et d'une manière spontanée à la période des ulcères, la pharyngite tertiaire est généralement indolore ; aussi le malade qui ne sépare pas volontiers l'idée de maladie de celle de douleur, demeure-t-il sous le coup du plus grand étonnement lorsqu'il s'aperçoit des ravages que, souvent à son insu, la syphilis exerce dans son pharynx.

Tels sont les symptômes de la pharyngite tertiaire ; ajoutons l'anesthésie et l'analgésie par ulcération et destruction de la muqueuse. Au point de vue fonctionnel, ces phénomènes peuvent être de la plus haute importance (Ferras, *loc. cit.*)

CICATRISATION ET RÉTRÉCISSEMENT CONSÉCUTIF.

Le travail ulcératif produit souvent des ravages considérables. Bryk (1) cite les observations de deux malades qui présentaient l'un et l'autre une fente ulcérée du voile. Les observations II et XVIII en sont d'autres exemples. Souvent la luette, détachée à sa base, tombe ; les piliers du voile du palais sont mutilés, divisés, ils flottent dans l'arrière-gorge et sont portés par le cou-

(1) Bryk. Wiener med. Wochenschrift, 1864.
Machon.

rant d'air respiratoire, tantôt à droite, tantôt à gauche, le plus souvent en haut et en arrière, contre la paroi postérieure du conduit pharyngien où ils finissent par se fixer. Le même sort est réservé à la luette.

Il est intéressant d'examiner comment se fait cette adhérence des parties antérieures de l'isthme avec les organes du côté opposé. Assurément ce n'est pas la conséquence d'une simple rétraction de tissu inodulaire, et si l'on y réfléchit quelque peu, on voit que mille obstacles s'opposent à ces difformités.

En effet, l'action propre des muscles staphylins, les aliments déglutis, le courant d'air respiratoire et expiratoire tiennent constamment en mouvement les parties flottantes soit du voile, soit des piliers. Les mucosités, le muco-pus, qui des parties supérieures s'écoulent contre les parois postérieures du pharynx, mettent entre les parties antérieures de l'isthme et la paroi postérieure pharyngée une couche isolante. Nous pensons avec Paul Hermann (1) que la soudure des parties est le résultat d'une véritable greffe, et qu'elle est due à la rencontre de deux surfaces opposées, passant de l'état de destruction moléculaire à celui de régénération plastique par granulations. Elle est surtout favorisée par une perforation de la voûte ou une destruction des piliers qui permettent alors le passage de l'air, sans déterminer des mouvements soit du voile, soit de ses annexes.

Ces accidents entraînent l'immobilisation plus ou moins complète de ces parties, une atrésie du conduit palato-pharyngien et fréquemment une occlusion de

(1) Archiv. gén. de méd., 1865, t. II, p. 422.

l'arrière-cavité des fosses nasales. Les cas de ce genre ne sont pas rares, témoin l'observation 15.

Coulson en rapporte un cas type (1).

Le travail de cicatrisation n'est pas différent de celui qui se fait sur d'autres points. Des bourgeons charnus naissent du fond de l'ulcère; des cicatrices livides d'abord, puis blanches et déprimées, quelquefois parcourues par des arborisations vasculaires, et des brides succèdent à la syphilide ulcérée.

Surviennent des adhérences qui entraînent l'immobilisation du voile du palais ou l'occlusion plus ou moins complète de l'ouverture postérieure des fosses nasales.

Ainsi se trouve constituée une première forme de rétrécissement. (Obs. 12.)

Mais nous savons que la syphilis constitutionnelle ne se manifeste pas seulement par des productions gommeuses et par des ulcères consécutifs, elle produit également, dans l'épaisseur des parois pharyngées, une espèce d'infiltration, un travail hyperplasique qui a été étudié pour la première fois par M. Alph. Guérin (2). Il a démontré que cette hypergénèse était une conséquence directe de l'infection tertiaire, qui, à elle seule, même en l'absence de toute production gommeuse simultanée, suffisait pour amener le rétrécissement consécutif avec toutes ses conséquences. M. Verneuil a comparé ce travail inflammatoire à l'infiltration dite tertiaire de la paroi vaginale qui se manifeste chez les femmes atteintes par une syphilis ancienne; c'est pour

(1) *Lancet*. Nov. 1862, p. 592.

(2) Guérin. *Bull. de la Société de chirurgie*, 1873, fasc. I et II.

(3) Verneuil. *Bull. de la Société de chirurgie*, 1873.

lui un véritable état éléphantiasique du tissu sous-muqueux.

C'est, comme nous l'a démontré l'observation histologique, à la production d'un tissu fibroïde de nouvelle formation (analogue à celui du testicule vénérien), qui constitue une virole plus ou moins épaisse à la partie interne de la portion du *tube* digestif et à sa rétraction progressive, qu'est dû le rétrécissement. C'est à la même cause qu'il faut rapporter le retrait, l'attraction, le rapprochement des piliers sur la ligne médiane, qui, à la manière d'un rideau, viennent obstruer la portion sus-palatine du canal alimentaire.

M. Alph. Guérin a présenté à la Société de chirurgie⁽¹⁾ deux malades qui offraient à eux deux un tableau complet de la maladie.

Le premier est un homme ; il a eu jadis un chancre infectant de la verge et des plaques muqueuses, et c'est le type de l'hyperplasie du voile et des piliers ; il a simultanément une ulcération gommeuse.

Pour compléter le tableau, cet éminent chirurgien a présenté le même jour une femme qui nie tout antécédent spécifique antérieur ; mais à deux reprises différentes, elle a accouché de deux enfants mort-nés, et ses antécédents (ils ne sont point relatés dans l'observation que nous avons sous les yeux) sont, ajoute M. Guérin, de nature à fixer le diagnostic. Cette malade a un rétrécissement bien caractérisé, consécutif au travail hyperplasique.

A ces faits, nous venons ajouter, pour les corroborer, les observations I, II, III et VIII, en y joignant l'examen histologique du pharynx de la femme qui est le sujet

(1) Loc. cit.

(2) Bulletins de la Société anat., 1845.

de l'observation I, examen histologique que je dois au concours obligeant de M. le D^r Liouville.

La marche des rétrécissements du pharynx est progressive, mais lente; aidée par les adhérences anormales, la soudure du voile du palais à la muqueuse post-pharyngienne s'accomplit, et l'occlusion de l'arrière-cavité des fosses nasales en est la conséquence fatale. (Obs. 13 et 15.)

Dans le cas où un pont s'est établi entre la portion sus et sous-palatine du pharynx, soit consécutivement à une nouvelle éclosion de syphilides gommeuses, soit par irritation due au muco-pus qui s'accumule en ce point, il se produit de nouvelles ulcérations.

Deville a présenté à la Société anatomique l'observation d'une femme *syphilitique*, de 27 ans, qui avait une occlusion complète du pharynx, et qui portait au-dessus du rétrécissement 20 ulcères qui ne furent reconnus qu'à l'autopsie.

M. Alph. Guérin affirme que ce travail ulcératif peut devenir lui-même la cause d'une nouvelle perforation; et cette affirmation de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, repose sur des faits personnels observés à Saint-Louis. Nous avons fait remarquer dans l'obs. XIV que la perforation palatine actuellement existante pourrait bien avoir pour cause une ulcération secondaire.

Il existe donc une forme de rétrécissement de l'extrémité supérieure du canal alimentaire bien différent, au point de vue de sa pathogénie, de celui que l'on a coutume d'envisager sous le nom d'atrésie de l'isthme du gosier, et ce rétrécissement nous semble en tout comparable à celui que le professeur Trélat (1) a décrit pour

(1) Trélat. Bull. de l'Académie de méd., déc, 1868, t, XXXIII, p. 1103.

la trachée, et MM. Guérin, Panas et Verneuil pour le rectum (1).

Cet accident, qui vient fatalement compliquer la pharyngite tertiaire, et sur lequel nous avons voulu appeler l'attention, nous proposant de poursuivre et d'étudier plus complètement ce sujet, nous paraît devoir ajouter une preuve de plus à l'opinion des chirurgiens, qui, contrairement à l'avis de MM. Gosselin et Després, pensent que le rétrécissement syphilitique du rectum n'est pas toujours consécutif à une lésion syphilitique secondaire (chancre ou plaques muqueuses).

RÉSUMÉ ET DIAGNOSTIC.

La pharyngite syphilitique tertiaire est donc caractérisée : 1° par une hypergénèse, une hyperplasie du tissu conjonctif qui entre dans la *structure* des parties molles du pharynx ; 2° par la formation de néoplasmes ou gommès faciles à reconnaître par leur aspect, leur forme, leur siège, leur évolution et leur mode de terminaison, résorption ou ulcération ; 3° par des ulcères consécutifs à ces premières lésions, ulcères à bords saillants, taillés à pic, rouge cuivré, à fond grisâtre, putrilagineux et comme gangréneux.

La muqueuse environnante plus ou moins rosée, ou sans lésion apparente à l'œil nu, est toujours dure et épaissie. L'extension de la lésion aux fosses nasales, des perforations palatines et l'engorgement ganglionnaire correspondant, manquent rarement. C'est par poussées successives que la maladie évolue, indo-

(1) Loc. cit.

lente au début; la douleur se montre avec la période des ulcérations. La dysphagie, la sécheresse de la gorge, le nasonnement, l'anosmie, le reflux des aliments, l'o-zène, la surdité et une modification plus ou moins complète du goût, tels sont ses principaux symptômes. Rarement guérison absolue, le plus souvent rétrécissement consécutif et atrésie du conduit palato-pharyngien avec toutes ses conséquences.

Tel est le tableau de l'affection. Voyons maintenant quelles sont les affections que l'on pourrait confondre avec elle. Nous éliminerons, en premier lieu, la pharyngite secondaire, qui est surtout constituée par une éruption de plaques muqueuses sur les piliers et les amygdales.

Au début rouge carminé et à reflets opalins, les plaques qui ensuite se rident, se plissent, se macèrent au centre et dont les bords sont peu saillants et entourés d'un liséré rosé, vif, puis cuivré, bien limité, ne peuvent être méconnues et prises pour des ulcérations tertiaires.

A notre connaissance, un seul cas de rupia (dont les pustules phlyzaciées ne peuvent donner lieu à aucune méprise) a été signalé sur le pharynx; c'est celui que rapporte M. le professeur Lasègue (1).

Quant à l'affection récemment étudiée par MM. Isambert et Vulpian et décrite par le Dr Kock sous le nom de granulie-pharyngo-laryngée, elle doit peu nous arrêter. L'état général du malade, les amas de granulations grises sous-muqueuses, les ulcères saignants, la dysphagie intense, la terminaison par phthisie aiguë suffisent pour distinguer cette affection de la pharyngite tertiaire.

(1) Traité des angines, ang. syphil.

Il nous suffira de rappeler les caractères des ulcérations de la phthisie laryngée pour démontrer combien il est facile de la distinguer de la lésion qui a fait l'objet de notre travail.

Les ulcérations tuberculeuses sont petites, multiples, longtemps superficielles, recouvertes d'un pus abondant, bien lié ; elles sont entourées par une muqueuse œdématiée.

Douloureuses spontanément et à la pression, elles ne se cicatrisent jamais (Verneuil). Leur marche ascendante de bas en haut, leur siège sur les replis glosso-épiglottiques, et sur la base de la langue, le début de l'affection sur les cordes vocales, l'aspect velvétique des commissures, l'état serratique des rubans vocaux, l'enrouement et l'aphonie simultanés, la toux fréquente, spasmodique, l'expectoration, l'état général et l'auscultation, tel est l'ensemble symptomatique de la phthisie laryngée ; s'il existait encore la moindre hésitation, le laryngoscope et l'auscultation lèveraient tous les doutes.

Enfin, nous devons faire le diagnostic avec le lupus scrofuleux, angine ulcéreuse maligne de Fougère, pharyngo-laryngite scrofuleuse de Kock.

M. Bazin, notre maître affectionné, le premier a décrit cette affection sous le nom de scrofulide ulcéreuse. Hamilton puis MM. Paul et Isambert ont achevé la tableau du maître.

L'angine scrofuleuse a un cachet spécial qui permet à l'observateur de la reconnaître facilement, mais bien habile celui qui ne l'ayant jamais vue que dans les traités spéciaux pourrait la distinguer sûrement de la pha-

(1) Baudot. Affect. de la peau, scrofulides, p. 340.

ryngite tertiaire à sa période d'ulcération ou de cicatrisation.

Le scrofuleux a un facies propre, et la diathèse strumeuse s'est montrée chez lui sous d'autres manifestations, soit érythémateuses, soit exsudatives, soit boutonneuses.

L'affection débute à la face et s'étend de la peau aux muqueuses (Bazin), ou prend naissance sur la paroi post-pharyngée (1). Un chancre infectant, des plaques opalines et l'apparition de l'infiltration tertiaire ou de gomme sur les parties antérieures de l'isthme, voilà pour la syphilis qui procède par poussées, tandis que la scrofule a une marche très-lente, mais non interrompue.

L'ulcère strumeux est indolent; l'ulcère syphilitique est douloureux à la pression. L'ulcération scrofuleuse est superficielle, en pente douce; le fond est jaunâtre, semblable à du tissu cellulo-adipeux; une mince auréole rouge l'entoure. Nous connaissons les caractères de l'ulcère spécifique tertiaire, jamais nous n'avons trouvé dans la pharyngite syphilitique ces crachats adhérents, vert-olive, qui recouvrent les plaques blanches, lardacées, de la muqueuse, et les érosions de la paroi postérieure du pharynx.

La perforation palatine peut se présenter dans les deux affections; mais quelques jours auront suffi à la syphilis pour opérer son œuvre, tandis que la scrofule agira avec la plus grande lenteur.

Les cicatrices de la scrofulide maligne sont superficielles, saillantes, blanches, rosées ou rougeâtres, luisantes, coupées de brides entrecroisées très-étendues;

(1) Isambert, loc. cit.

elles sillonnent surtout la paroi postérieure du pharynx. Rien de pareil dans la syphilis. Enfin, l'engorgement ganglionnaire correspondant à la lésion syphilitique ne se rencontre pas chez le strumeux ; car s'il y a adénite, ce n'est pas par influence directe. Elle se produit sur des ganglions qui n'ont souvent aucune relation avec les parties lésées.

PRONOSTIC.

La marche, les récidives possibles, les accidents consécutifs que nous avons indiqués font prévoir le pronostic de la syphilis pharyngée tertiaire.

Tandis que la gomme ou l'infiltration fibro-plastique peuvent parfaitement guérir sans laisser de trace de leur passage, par un traitement spécifique bien fait ; par contre, abandonnées à elle-mêmes sans traitement, ou, ce qui est identique, soumises à un traitement mal dirigé ou intempestif, les formes hyperplasiques ou ulcéreuses, entraînent nécessairement les conséquences les plus funestes : la perte de l'odorat, l'altération du goût et le nasonnement sont souvent inévitables. L'ozène et les perforations palatines, ajoutés à ces lésions fonctionnelles, sont des accidents assez graves pour que l'homme de l'art repousse toute expectation et institue dès le début un traitement rationnel.

Avant d'aborder la question du traitement, qu'il nous soit permis de faire remarquer, au point de vue du pronostic, et surtout du diagnostic des affections syphilitiques parenchymateuses, combien, en l'absence de tout autre renseignement, peut être utile l'existence bien constatée de cicatrices pharyngées. Wirchow (1)

(1) Loc. cit., trad. de Picard.

déclare que souvent il a pu faire son diagnostic d'hépatite ou de néphrite *syphilitiques*, grâce à la présence de cicatrices sur le pharynx. Les observations XI et XVI en sont des exemples.

L'observation V paraît indiquer une certaine influence de la grossesse sur l'évolution de la syphilis.

TRAITEMENT.

Une affection qui entraîne avec elle d'aussi terribles conséquences et qui laisse presque toujours les stigmates ineffaçables de son passage, réclame un traitement énergique et immédiat, général et local.

On ne devra pas négliger non plus les moyens hygiéniques qui seront d'un aussi grand secours dans ces lésions que dans les autres manifestations de la syphilis.

Traitement général. — Le traitement général est le même que le traitement de l'infection syphilitique, à savoir le mercure et l'iodure de potassium. Mais, dirait-on, le malade est entré dans la période des accidents tertiaires, l'iodure de potassium suffit. M. Guérin, dans son service, n'emploie que ce médicament dans les pharyngites tertiaires.

Nous ne croyons point que le praticien doive s'en tenir à ce seul agent thérapeutique. Les pilules de protoïodure et les prises de calomel, suivant la méthode de Weinhold, sont indiquées par quelques auteurs.

Notre maître affectionné, M. Bazin, n'hésite point à employer le sirop de Gibert en présence de tels accidents, et nous avons vu cette préparation faire merveille dans des cas analogues. Mais, ce qui détermine surtout

à recourir au traitement hydrargyrique, c'est l'ignorance dans laquelle se trouve le malade, et sur ses accidents et sur son traitement antérieur.

Si la syphilis est venue se greffer sur un sujet scrofuloux, et ces faits ne sont pas rares, obs. III et XIII, ou si la tuberculose marche de pair avec des accidents spécifiques, de manière à constituer la phthisie syphilitique, les préparations iodées, l'huile de foie de morue, l'iodure de fer et le phosphate de chaux (Alph. Guérin) doivent alors entrer pour une large part dans le traitement.

A ces moyens pharmaceutiques le praticien devra joindre les moyens hygiéniques, tels que nourriture tonique et réparatrice, stimulation des fonctions des muqueuses et de la peau, abstention du tabac et des alcooliques.

Sans leur concours, non-seulement les médicaments pourront être inutiles, mais souvent dangereux.

Traitement local. — Il ne suffit pas de s'en prendre à la cause du mal, il faut aussi attaquer directement le mal lui-même; en d'autres termes, il faut instituer un traitement local. Et pourtant les praticiens sont généralement portés à le négliger. L'importance des organes en cause, les accidents terribles qui peuvent résulter des envahissements des ulcérations et de l'œdème concomitant font assez voir quelle nécessité il y a d'y recourir dès les premiers jours.

Les fumigations de cinabre sont entre les mains de quelques praticiens un excellent moyen topique pouvant agir à la fois sur les ulcérations du nez, du pharynx et du commencement de l'arbre aérien.

On peut porter aussi sur les ulcérations des topiques pulvérulents au moyen du tube de Fournier.

Mais la méthode que nous croyons devoir surtout recommander est celle que nous avons vu pratiquer par M. Isambert. Elle consiste à appliquer avec un pinceau sur les surfaces ulcérées une solution d'acide chromique au huitième ou au quart.

Associées aux cautérisations légères ou profondes, on se trouvera très-bien de l'emploi des eaux thermales, surtout prises en pulvérisations, et nous croyons que les eaux d'Enghien, d'Eaux-Bonnes, d'Uriage et de Luchon, entreront souvent comme une part active dans la guérison de la pharyngite syphilitique tertiaire, surtout lorsque cette affection sera compliquée de laryngite chronique.

Quant au traitement chirurgical, à part la staphylo-raphie et l'uranoplastie, qui sont indiquées lorsqu'il y a perforation de la luette ou du voile du palais, nous pensons qu'il est rarement urgent. Malgaigne et Robert ont essayé en vain de diviser les arcs cicatriciels qui formaient rétrécissement. Il est vrai que Hope Czermack et Coulson comptent chacun un succès ; mais nous croyons qu'il est plus sage, si le malade ne le réclame pas, de s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I. — F. G..., journalière, est née à Guéret (Creuse). Son père et sa mère sont morts à un âge avancé. Cette femme, à 20 ans, a eu un premier enfant, mort depuis; elle est devenue mère deux ans après d'une fille qui se porte très-bien.

En 1857, F. G... contracta la syphilis et fit un séjour d'un an à Lourcine, dans le service de M. Jules Guérin; elle avait alors des plaques muqueuses et une éruption cutanée.

L'hiver suivant, elle eut une attaque de rhumatisme avec complications cardiaques. Depuis cette époque, ses membres inférieurs sont œdématisés; elle a en outre de l'éléphantiasis des deux jambes.

Le 24 octobre 1872, cette malade se présente à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, n° 5, pour une syphilide tuberculo-ulcéreuse du nez. Un amincissement de cet organe, avec destruction d'une portion considérable des ailes et rétrécissement notable des deux orifices, lui a donné cet aspect particulier que l'on désigne sous le nom de nez de mouton.

Après sept mois de traitement spécifique, elle sort guérie de son affection locale.

Le 1^{er} août 1873, G. F... rentre de nouveau à la salle Saint-Maurice, n° 27. Elle portait sur le voile et sur la lnette, à sa base, des ulcérations gommeuses multiples.

La déglutition était douloureuse, les liquides revenaient par le nez; elle avait de l'anosmie, parlait difficilement, nasonnait. La malade ne put nous donner d'autres renseignements sur son état antérieur. — Traitement : iodure de potassium, 4 grammes.

Le 2 février 1874, une notable amélioration avait eu lieu du côté des fosses nasales. M. Guérin, qui a l'obligeance de nous montrer cette malade, nous affirme que, à l'époque de son entrée (août 1873), les piliers du voile du palais de cette femme étaient volumineux, épaissis; le voile était tendu; le doigt, dans le conduit palato-pharyngien, pouvait à peine se frayer un passage à travers les productions gommeuses qui le remplissaient. Aujourd'hui, après un traitement de cent soixante jours (iodure de potassium, 4 grammes) l'amélioration est notable; la déglutition se fait sans douleur; les liquides et les solides suivent leur cours naturel; les ulcérations de la bouche sont guéries et remplacées par des cicatrices peu saillantes.

livides, avec quelques arborisations vasculaires, très-marquées à la base de la luette. La bouche étant largement ouverte, si l'on procède à l'examen du voile du palais, ce qui frappe surtout, c'est son état luisant, comme ciré; une série de plis disposés en arceau, dont les extrémités libres vont se confondre avec les piliers; la rétraction de la portion libre du voile contre la paroi post-pharyngienne indique suffisamment sa tension. De plus il est peu mobile; le courant d'air inspiratoire et expiratoire le frappe sans beaucoup l'influencer.

Toutefois, dans le mouvement inspiratoire et pendant le ronflement, il se mobilise davantage.

Le doigt explorateur, introduit avec peine, se sent étreint par la base du voile comme par un sphincter contracturé. On sent à l'extrémité supérieure du conduit palato-pharyngien, d'une manière nette, la base de l'apophyse basilaire sur les côtés droit et gauche; et sur la face postérieure du voile, on sent des masses volumineuses qui donnent la sensation de gros bourgeons charnus, ou plutôt de petites marisques accumulées en un point rétréci.

La membrane muqueuse est épaissie, lissée, comme lézardée par des brides saillantes, et privée de son élasticité; anosphrésie incomplète. Cet examen douloureux n'a presque pas provoqué de nausées.

F. G... se plaint de bourdonnements dans les oreilles; elle est un peu sourde. Nous aurions désiré cathétériser ses trompes d'Eustache; l'état dyspnéique de la malade nous fit renoncer à notre première intention.

Du 5 au 10, l'œdème augmente. Nous auscultons attentivement son cœur et nous constatons de la matité précordiale très-étendue, un bruit de souffle au premier temps, très-rude à la base; un autre à la pointe. Le diagnostic rétrécissement aortique et insuffisance mitrale avait, du reste, été porté depuis fort longtemps.

La dyspnée et l'œdème augmentent; de l'ascite, de l'ictère, du purpura, viennent compliquer la scène qui se termine par la mort de la malade, le 2 mars 1874.

Nécropsie. — Poumons carnifiés, foie cirrhotique, rate volumineuse, ramollie, congestion rénale. Cœur volumineux, graisseux; plaques athéromateuses de l'aorte avec induration de ses valvules sigmoïdes; végétations et épaississements de ses valvules mitrales.

Cavité buccale — Aspect criblé produit par saillie des orifices glandulaires.

Sur la voûte palatine, au niveau du trou borgne, il existe une

perforation ; cicatrices sur la luette. La langue présente à sa base une hypertrophie considérable, avec des végétations reliées entre elles par de petites brides qui s'étendent du V lingual à l'épiglotte, et de chaque côté aux amygdales.

Pharynx et fosses nasales. — A la partie supérieure et en arrière de l'orifice des trompes, de chaque côté de la ligne médiane, existent deux tumeurs mollasses, lobulées, du volume d'une amande. L'aspect général du pharynx est violacé et criblé comme l'était le palais. Au-dessous de ces tumeurs et faisant saillie, les unes à la surface, les autres sous la muqueuse, se voient des bandes cicatricielles qui s'étendent de la paroi antérieure à la paroi postérieure du pharynx de chaque côté, et causent par là une coarctation, qui, si l'on en juge par leur étendue et leur disposition, a dû être considérable sur le vivant. La muqueuse pharyngo-palatine est violacée, épaisse, dure, comme fibreuse ; elle paraît doublée par une couche sous-muqueuse fibroïde. Des brides cicatricielles brillantes, profondes, s'observent, contournant l'orifice postérieur des fosses nasales et bridant les cornets. L'épiglotte est dure, épaissie et ulcérée sur son bord libre. De nombreuses cicatrices s'observent dans le larynx, dans le vestibule laryngien et au-dessous des cordes vocales, sur la trachée.

OBS. II (due à l'obligeance de l'interne de service). — Le 27 septembre 1873, entre à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Alexis, n° 32, E. S.... Bonne constitution, pas de traces de scrofule. Chancre et plaques muqueuses au mois d'août 1852. A son entrée, elle présente une ulcération de la paroi postérieure du pharynx, dont le début remontait à trois mois, et des croûtes de rupia, au niveau de la région sus-orbitaire. Après un mois de traitement, l'amélioration du pharynx est sensible ; mais tout à coup une hémorrhagie assez forte se fait par l'ulcération qui existe dans l'arrière-bouche.

Le 7 décembre. Une large ulcération occupe la moitié gauche du voile du palais, et par là se fait une nouvelle hémorrhagie. La plaie se couvre de granulations. — Traitement : 2 centigr. de sublimé et 10 grammes d'iodure de potassium.

Le 13 janvier. Suppression du bichlorure.

Le 18 février. Fait saillie sur le pilier gauche du voile du palais une gomme de la grosseur d'une lentille.

Le 25. Une nouvelle ulcération se fait sur la partie supérieure et droite de la région postérieure du pharynx, ulcération qui prend naissance sur du tissu cicatriciel.

Le 28. La paroi postérieure du pharynx est le siège d'un ulcère profond, à bords indurés. Une sécrétion abondante recouvre la plaie, tandis que le voile du palais est en pleine cicatrisation. Elle éprouve constamment de l'ardeur à la gorge et se plaint d'une sécheresse habituelle du gosier, qui l'oblige à se relever pendant la nuit pour boire et se gargariser. Mais si elle avale du vin, l'ardeur qu'elle éprouve se change en cuisson. Les liquides reviennent par le nez.

Le 12 mars. La muqueuse buccale et pharyngée a conservé sa coloration normale; l'amygdale droite est intacte, un peu saillante; l'amygdale gauche a été détruite en partie et entraînée par le pilier postérieur du même côté, en haut et un peu sur la ligne médiane. La luette est déviée à gauche et adhérente à la paroi postérieure du pharynx; le voile est largement fendu sur la ligne médiane. ainsi se trouve agrandie dans le sens vertical l'ouverture buccale de l'isthme. Sur la paroi postérieure du pharynx existent des ulcérations et quelques cicatrices blanchâtres. Les mouvements du voile du palais sont gênés par l'adhérence de la luette, mais non abolis. La malade a de l'anosmie: mais le sens du goût n'est point altéré; voix nasonnée. Elle ne peut prononcer ni M ni N qu'elle articule comme D ou B. Exemple: Enrhubé pour enrhumé.

Les deux piliers et le voile ont perdu leur exquise sensibilité; on peut les toucher sans provoquer de nausées. Leur aspect est lisse et comme vernissé. L'introduction du doigt, derrière la paroi postérieure du pharynx, est impossible, à cause de l'atrésie du conduit pharyngo-nasal.

Le 27. La voix se modifie notablement; le gonflement a disparu.

Le voile est plus mobile et les liquides ne reviennent plus par le nez.

La déglutition est revenue normale.

Obs. III. — Sylvaine G..., Normande, 20 ans, parents inconnus, cas d'accidents scrofuleux, mais n'a jamais eu ses règles.

Chancre infectant à 16 ans; puis plaques muqueuses des parties génitales et de la bouche. Elle a subi à Lourcine pendant six mois un traitement hydrargyrique. En 1872, elle a éprouvé un violent mal de gorge qui s'est accompagné de dysphagie et de surdité. Cette malade avait alors une gomme palatine qui s'est ulcérée et a entraîné à sa suite une perforation de la voûte. De là une gêne croissante dans la phonation, le reflux des aliments par le nez. Elle entre à Lariboisière, y fait un séjour de trois mois. Même traite-

ment. Au milieu de l'été 1873, elle venait réclamer les soins de M. Terrier à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, pour une gomme de la luette et de l'ozène concomitant. Le traitement ioduré à doses progressives de 1 à 2 et 3 grammes par jour d'iodure de potassium, délivre S. G... de son affection et lui permet d'aller au Vésinet. Vers la fin de septembre, la malade avait à peine cessé tout traitement depuis quinze jours, qu'une nouvelle tumeur gommeuse et des ulcères multiples réapparaissaient et sur la voûte et sur le voile du palais. De ses narines s'écoulait un ichor sanieux et fétide. Elle avait de l'enchifrènement, des douleurs sourdes, lancinantes, suivies de l'élimination de portions osseuses nécrosées. Depuis cette époque elle nasonne, elle a le nez caractéristique des punais. Elle se plaint de sécheresse de la gorge, des mucosités venues du pharynx, qui provoquent très-souvent chez elle des accès de toux convulsifs ; elle a perdu les sens du goût et de l'odorat.

En janvier 1874, au moment où nous voyons la malade pour la première fois, elle présente un facies pâle, un peu œdémateux ; des ulcérations violacées avec décollement des parties voisines sur le côté gauche du cou ; elle se plaint de ne pouvoir manger, à cause de la douleur que lui provoque la déglutition, d'autre part, parce qu'elle trouve les aliments sans goût ou amers. Adénite cervicale postérieure, anosmie complète, nasonnement, l'émission des vocales est difficile, celle des diphthongues impossible. Il est très-étouffé. Elle ne peut ni boire ni manger sans que les aliments refluent par le nez, et encore a-t-elle soin, pour opérer la déglutition des aliments, de rejeter fortement la tête en arrière. Sa gorge est sèche, comme cornée, elle est obligée de se gargariser la bouche jour et nuit pour se rafraîchir. Son haleine est fétide.

A l'examen bucco-pharyngien, on aperçoit une série d'ulcérations profondes, à bords saillants, durs, d'un rouge cuivré, taillées à pic, et dont le fond est recouvert par des détritüs grisâtres, putrilagineux, qui s'étendent en forme d'un *y* sur la paroi supérieure de la voûte palatine. Le voile à sa base est profondément lésé par 3 gommes ulcérées qui le décollent, et rendent ainsi la luette traînante sur la gouttière linguale, ce qui lui détermine souvent des envies de *hemmer*, des nausées et parfois des quintes de toux convulsive. Toutes ces parties sont hypertrophiées, rouges, violacées, luisantes. La luette a une forme olivaire et étranglée à sa base par une ulcération ; les amygdales sont normales ; du muco-pus jaunâtre, mais non adhérent s'écoule et par le nez et par le conduit palato-pharyngien.

L'exploration digitale, faite avec précaution, détermine les plus vives douleurs ; le doigt peut à peine entrer dans le pharynx, il en sort couvert de sang et de pus. Nous n'insistons pas sur cette exploration à cause de la douleur qu'elle provoque. Le voile est immobile ; seule la luette suit les mouvements du courant d'air. L'atouchement de cet organe ne détermine que la douleur. La malade n'entend pas le tic tac d'une montre du côté droit : bourdonnements d'oreille à gauche. Pas de cicatrices sur le corps, ni d'engorgement ganglionnaire. — Traitement : phosphate de chaux et iodure de potassium 4 grammes.

Le 9 février. Les liquides seuls refluent par le nez. La malade nasonne et grasseye ; elle prononce les consonnes M et T comme B et D. Son voile présente une série de bourgeons charnus, rouge vineux, saillants et renversés ; mais l'étendue des ulcères a diminué. Elle se plaint de la douleur que lui provoque la déglutition de son vin et de sa potion.

L'introduction d'une sonde explorative par les narines a pu pénétrer jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, sans déterminer de trop vives douleurs à la malade ; mais elle en est sortie imprégnée de sang et de muco-pus.

Le 10. La malade se plaint de douleurs plus vives et de dysphagie plus grande qu'elle attribue à l'examen de la veille.

Le 20. Pas de changement appréciable, plutôt amélioration.

Le 1^{er} mars. Aspect général de la gorge meilleur. Le nez est rempli de croûtes jaunâtres. La malade se plaint d'avoir la bouche « sèche comme du bois. » Les mouvements du voile sont plus faciles, la prononciation plus nette.

Le 18. Les ulcérations du cou, sous l'influence de l'iodoforme, sont presque entièrement cicatricées. Nous n'osons point répéter le toucher pharyngien, de peur d'aggraver l'état de la malade.

Le 29. Amélioration notable. Sur toute l'étendue de la voûte palatine des granulations nombreuses recouvrent les parties ulcérées. La malade ne souffre pas, mange avec meilleur appétit, l'écoulement naso-pharyngien s'est presque tari. M. Guérin poursuit l'affection avec le même traitement. Iodure de potassium et phosphate de chaux.

OBS. IV. — Duinde, 34 ans, entre en 1856 dans l'infirmerie de la prison royale, faible, d'apparence cachectique, souffre de dyspnée, de toux persistante et de dysphagie ; voix enrouée, sans timbre, presque criarde ; au lieu de voile du palais, on trouve une ouver-

ture ovale limitée en avant par le bord post. de la voûte palatine et sur les côtés par des brides cicatricielles, dures, rigides, se dirigeant en arrière et en bas pour rejoindre la paroi postérieure du pharynx ; dans ces brides se trouvent les restes du voile du palais et en particulier les piliers postérieurs : on ne reconnaît plus ni les amygdales ni les piliers antérieurs ; cette fente ovale donne accès dans la cavité gutturale ; on peut y introduire tout juste un doigt qui reconnaît l'épiglotte épaissie, et son bord tuméfié. En haut, du côté des fosses nasales, existe également une communication étroite, cicatricielle, admettant un fort tuyau de plume ; c'est pourquoi le malade pouvait encore quoique avec peine respirer la bouche fermée et se moucher. La paroi postérieure du pharynx, visible à travers l'orifice anormal, est pâle, sillonnée de cicatrices, mais sans ulcérations.

Les arcs cicatriciels, tendus de la voûte palatine à la paroi postérieure du pharynx et privés de souplesse, n'exécutent aucun mouvement pendant la respiration et la déglutition.

Ce dernier acte était laborieux. Les bouillies épaisses passaient assez bien ; quand elles avaient franchi l'isthme du gosier, grâce à l'inclinaison de la tête en arrière, elles étaient poussées par les muscles du pharynx qui paraissaient intacts.

L'épiglotte semblait aussi fonctionner normalement ; et de temps à autre seulement les particules alimentaires pénétraient dans les voies aériennes.

L'examen laryngoscopique, encore peu usité à cette époque, fut négligé.

Les cavités nasales n'offraient ni défaut ni ulcérations. Les deux poumons étaient atteints de catarrhe chronique. Au surplus rien d'essentiel dans les appareils respiratoire, circulatoire et digestif.

Grandes cicatrices dans les régions inguinales. A la nuque, aux angles de la mâchoire, quelques glandes lymphatiques indurées, indolentes, nodosités à la surface du tibia gauche. Les renseignements du malade s'accordent avec ces signes d'une syphilis constitutionnelle ancienne. Il reporte à plusieurs années le début de l'inflammation et des ulcérations de la gorge.

On songea plusieurs fois à lui pratiquer la trachéotomie à cause de la dyspnée croissante ; cependant ce symptôme disparut peu à peu sous l'influence de l'iodure de potassium et de l'huile de foie de morue. Au bout d'un an les exsudats sous-muqueux des cordes vocales et de l'épiglotte avaient disparu, et la cicatrisation des ulcères était complète.

Duinde quitta la ville et la prison. La respiration était toujours pénible, la voix gutturale est rauque, il avalait mieux, les liquides passaient toujours de travers.

Son état général s'était notablement amélioré.

(Archiv für Klinische Chirurgie, t. VII, p. 199... Traduit par M. Verneuil.)

OBS. V. (Due à l'obligeance de M. Fournier.) — La nommée R... (Julie), 37 ans, est entrée à Lourcine, salle Saint-Clément, 41, pour une syphilis contractée au sein maternel. Ne sait rien sur ses antécédents. Menstruation normale. A 21 ans elle a eu un enfant bien portant. Son accouchement s'est compliqué d'une syphilide gommeuse du voile du palais. Traitement spécifique. Trois ans plus tard, nouvel accouchement, récurrence de gomme palatine, rentre à l'hôpital, où elle subit le même traitement. En janvier 1867, nouveaux accidents; la malade accusait sous le maxillaire inférieur, à droite, une douleur vive, une cuisson intolérable.

Elle se présente aujourd'hui privée de luette. On ne trouve plus de traces ni des amygdales, ni de leurs loges.

Peu de jours après elle sort de l'hôpital.

OBS. VI. — M. P..., 50 ans, contracta la syphilis en 1828. Un an après, il ressentit un mal de gorge violent. Le médecin qu'il consulta reconnut une angine syphilitique ulcéreuse. Le mal guérit, mais la gorge redevint malade peu après. Elle se remplit de végétations dures et arrondies. Le voile du palais se souda à la partie postérieure et supérieure du pharynx. La voix s'altéra, devint rauque, puis s'éteignit, et enfin survint un état habituel de dyspnée.

En portant le doigt profondément dans le pharynx et jusqu'au delà de l'épiglotte, on sentait une masse de tumeurs irrégulières et anfractueuses qui assiégeaient le larynx et fermaient presque complètement l'œsophage. La sensation éprouvée au bout du doigt était celle que l'on éprouve quand on touche un cancer utérin profondément ulcéré; déglutition pénible; sa respiration était horriblement gênée. Aucune trace de lésions pulmonaires.

Traitement. Insufflations de calomel, fumigations de cinabre et Eaux-Bonnes. Après deux ans de traitement, il ne reste à ce malade aucune trace de sa cruelle affection. Extr. du Traité de la Pht. laryn. de Trousseau et Belloc, page 381.)

OBS. VII. — K. S..., 19 ans, est entrée à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Louis (n° 20), le 3 mars 1874. Constitution faible, mal réglée.

Elle avait déjà été reçue dans la salle Saint-Bruno en 1871 pour des plaques muqueuses. Traitement : pilules de protoiodure. Six semaines après, elle sortait guérie. Deux ans plus tard, au mois de juillet, une gomme de la commissure labiale droite la ramenait à Lourcine. Même traitement, même résultat. Mais bientôt se produit une ulcération au même point, et simultanément apparaît une gomme de la gencive supérieure gauche, accidents qui forcent S. K. à passer six mois à Saint-Lazare. Sous l'influence d'un traitement iodohydrargyrique survient une amélioration notable, mais la syphilide gommeuse persiste et la malade ne sort de Saint-Lazare que pour revenir à Lourcine le 3 mars 1874. Les deux petites molaires gauches sont complètement déchaussées par une ulcération à fond grisâtre et purulent. Sur la paroi postérieure du pharynx existe en outre une érosion très-profonde, à bords taillés à pic, relevés, et d'un rouge cuivré. Les ganglions préauriculaires sont engorgés. Douleurs ostéocopes et nocturnes depuis deux mois. La malade porte à la partie antéro-supérieure du tibia droit un nodus gommeux. Traitement : iodure de potassium, 5 grammes. Le diagnostic porté par M. Fournier est : gomme de la gencive supérieure et pharyngite gommeuse.

14 mars. Amélioration notable. L'ulcération pharyngée est granuleuse. La muqueuse pharyngo-palatine présente dans toute son étendue des arborisations d'une grande richesse. Le pharynx, dans la portion qui correspond à l'isthme, est tomenteux, inégal.

Le doigt introduit, malgré de grandes difficultés, est saisi comme dans un anneau élastique. On constate un état mamelonné du voile et une augmentation de consistance de la muqueuse pharyngée qui nous semble épaissie et plus tendue. Le voile a perdu sa sensibilité normale; cet examen n'a provoqué aucune nausée. Cet organe paraît comme bridé par les piliers et se tend, s'affaisse, plutôt qu'il ne s'abaisse et s'élève pendant l'émission des vocales, et même sous l'influence des efforts respiratoires violents. La luette et les piliers sont tendus, épaissis, lisses, luisants et rétractés en arrière. La malade nasonne et porte à la partie postéro-supérieure de la luette une ulcération qui s'étend sur ses côtés et la contourne à droite, en se prolongeant surtout en arrière et en haut. Les aliments, surtout les liquides, reviennent par le nez. L'amygdale droite présente une ulcération en pleine voie de cicatrisation.

27 mars. Nous avons revu la malade aujourd'hui. Amélioration notable. La voix est moins nasonnée, la malade n'a plus de reflux de liquide par le nez; l'ulcère de la gencive est granuleux, rosé; la muqueuse bucco-pharyngienne, gris-rosé, présente seulement une érosion en arrière du pilier gauche. L'épiglotte, qui peut être vue chez cette malade par la simple dépression de la langue, n'offre aucune altération appréciable.

Obs. VIII. — Salle Saint-Maurice, n° 31, service de M. Guérin, Hôtel-Dieu. Est entrée, le 14 février 1874, Olympe Lelièvre, 33 ans, bien réglée depuis 17 ans; rien du côté de l'hérédité. Elle a perdu de vue son mari pendant les deux sièges de Paris (70-71).

Elle nie tout accident cutané spécifique antérieur. Elle raconte qu'elle a mal à la gorge depuis deux ans; elle éprouve de la douleur et une sensation de brûlure pendant les mouvements de déglutition et même du ténésme pharyngien. A cette époque elle vint à la consultation du bureau central. On lui fit observer qu'elle avait une polyadénite cervicale et sous-maxillaire et on lui prescrivit du sirop de Gibert. Cinq semaines après les premiers symptômes avaient disparu; mais, trois mois plus tard, elle souffrit de nouveau de l'arrière-gorge. Chaque fois qu'elle essaie de suspendre son traitement, les récidives en sont les conséquences, ce qui n'est pas sans importance.

Au mois de juin 1873, la douleur pharyngienne se complique de céphalalgie occipito-frontale, d'enchifrènement; un écoulement à odeur fétide se fait par le nez; sa bouche, surtout après un décubitus dorsal prolongé, est infectée par l'écoulement d'un ichor pharyngien qui donne à ses aliments une saveur putride; elle a en outre des bourdonnements d'oreilles et ne peut dormir la bouche close. Le sirop de Gibert amende ces accidents. Nouvelle poussée au mois de janvier. Elle se présente à la consultation de M. Richet qui lui extrait, à huit jours d'intervalle, deux esquilles de la narine droite, et fait continuer le sirop de Gibert. Depuis cette époque la malade ressent, dans cette même narine, des élancements douloureux.

14 février. Malgré la chute de ces os, le nez ne présente pas un affaissement considérable. Elle se plaint surtout de sécheresse à l'arrière-gorge qui l'oblige à boire souvent pendant la nuit. L'anosmie est complète; le goût imparfait, le timbre de la voix nasillard.

Le voile du palais est tendu, porté en avant; son aspect est

brillant, lisse, couleur normale, excepté à la base de la luette où se trouve une petite plaque rouge cuivrée, saillante, qui correspond à une ulcération située en arrière et qui peut être aperçue avec le miroir laryngé, si l'on a soin d'attirer ou de porter la luette un peu en avant et à gauche.

L'introduction du doigt dans le pharynx est douloureuse. On y rencontre des masses considérables, surtout à gauche, qui donnent la sensation de gros bourgeons charnus. A droite, c'est plutôt un état mamelonné, dur, un peu plissé du voile que l'on aperçoit.

Les liquides reviennent par le nez, quoiqu'il n'y ait pas de perforation de la voûte. La sensibilité réflexe du voile est nulle; la sensibilité tactile considérablement diminuée.

20 février. La malade se plaint de ne pouvoir écarter les mâchoires. La région sous-maxillaire et préauriculaire est tuméfiée, luisante et douloureuse du côté gauche. Il y a un peu de stomatite et de la carie dentaire. Gargarisme au chlorate de potasse; avulsion de la dent.

1^{er} mars. Diminution de la douleur et de la gêne de la mastication. La malade se plaint de la sécrétion muco-purulente qui s'écoule dans le pharynx et par l'orifice antérieur des fosses nasales.

Cependant le voile du palais est plus mobile; le courant d'air respiratoire lui imprime des mouvements assez étendus; mais l'introduction de l'index dans la cavité pharyngienne est moins douloureuse et moins difficile.

20 mars. La mastication et la déglutition ne sont plus douloureuses. Le voile du palais est lisse, luisant et attiré en arrière.

27 mars. Pas de changements notables. La malade se trouve cependant beaucoup mieux; elle a toujours de l'anosmie et du nasonnement.

Obs. IX. — Célia Dance, 38 ans, modiste, mère d'un enfant sain, est malade depuis 1869; elle soupçonne son mari de lui avoir communiqué la syphilis. Ne s'est jamais aperçue d'accidents primitifs. Céphalée; ostalgie des membres inférieurs; dysphagie depuis dix mois.

En décembre 1873, exaspération du mal, douleurs, ténésme pharyngien, nasonnement, anosmie, chute de la luette, suppuration du nez; le cartilage de la cloison est entièrement détruit et perforation consécutive. Traitement par les pilules de protoiodure.

Examen. 24 mars. La luette est remplacée par une échancrure

triangulaire, à angle ouvert en avant et en bas par rapport à la cavité buccale. La portion du voile qui reste brillante, cicatricielle, est épaissie, dure et fibreuse, a perdu un peu de sa sensibilité et néanmoins se contracte parfaitement. L'examen rhinoscopique est très-facile; la paroi postérieure du pharynx peut être examinée dans une grande étendue, vu l'agrandissement de l'ouverture de l'isthme du gosier; elle ne présente que quelques cicatrices et de la rougeur diffuse. Les aliments et les boissons ne refluent pas par les narines. Le timbre de la voix est légèrement nasillard.

Obs. X.— D... C..., 19 ans, est malade depuis six ans. Dans son bas âge, elle a été probablement infectée de syphilis. Ozène, voix nasonnée, dysphagie, déglutition difficile; perforation de la voûte palatine, qu'elle obture avec de la mie de pain, pour pouvoir parler. Ses règles n'ont pas reparu depuis trois mois; elle ne se croit pas enceinte. Nous avons vu cette malade au bureau central, dispensaire de M. Isambert.

A l'examen de la cavité bucco-pharyngienne, ce qui frappe, c'est l'état mamelonné, crevassé, de la muqueuse palatine, avec de petites saillies irrégulières, séparées par des pentes assez profondes. Le fond de la gorge est rosé, et l'on y remarque des mucosités adhérentes. L'obturation artificielle que pratique la malade n'empêche pas le nasonnement. Le nez est aplati à sa base. Anosmie complète. Les aliments et les boissons suivent leur cours naturel.

D... C... ne peut pas prononcer les lettres M et N. Le son produit par la prononciation de ces deux consonnes est remplacé par le son que donnent les lettres B et D. C'est ainsi que la malade dit : *enrhubé* pour *enrhumé*, *don* pour *non*. I est étouffé.

Obs. XI.— Carl Unsenbach, apprenti serrurier, 18 ans, entre le 28 avril 1855 à la Charité. Dans son enfance, scarlatine et fièvre intermittente. Rhumatisme articulaire depuis trois semaines. Maladie de Bright, ascite. Mort dans le coma, après des symptômes de péritonite, 4 mars 1857.

Autopsie. — Tuméfaction et ramollissement de la plupart des ganglions lymphatiques et des follicules. Leucocythose consécutive. Cyanose affectant spécialement le cerveau.

Amygdales très-grasses; leurs cavités sont remplies de matière purulente, et tellement élargies que l'organe entier a l'apparence d'une éponge à larges vacuoles. Le reste de l'organe est tuméfié et a l'apparence médullaire. Les follicules de la base de la langue sont

développés, grisâtres, et présentent aussi, pour la plupart, des excavations. Sur la paroi postérieure du pharynx, on voit plusieurs cicatrices rayonnées, blanchâtres, confluentes; les glandes pharyngiennes présentent une augmentation de volume, aussi bien que les ganglions jugulaires supérieurs. A la coupe, ils présentent une rougeur intense et une tuméfaction partielle avec commencement de ramollissement.

Péritonite ancienne et récente. Le contenu de l'estomac et de l'intestin est en pleine fermentation. Le foie est entièrement déformé, diminué de volume, parsemé par un grand nombre de tubérosités entourées d'un tissu cicatriciel blanchâtre, et qui, à la coupe, présentent une coloration jaunâtre et un aspect caséeux. Le lobe de Spiegel est déprimé par ces cicatrices. Le reste du tissu propre du foie est le siège d'une tuméfaction récente. La rate est le siège d'une dégénérescence amyloïde très-étendue de la pulpe splénique. Néphrite parenchymateuse; dégénérescence amyloïde commençante des glomérules de Malpighi. (Virchow, *loc. cit.*)

Obs. XII.— Le 9 novembre 1845, meurt à la Charité une femme de 30 ans, affectée d'une dyspnée considérable et d'hydropisie, après avoir souffert depuis assez longtemps d'ulcérations syphilitiques de l'arrière-gorge et du palais. A l'autopsie, on trouva une atrésie complète de la partie postérieure de l'isthme du gosier, qui résultait de l'adhérence du voile du palais avec la paroi postérieure de l'arrière-gorge, au moyen d'une masse cicatricielle dure et tendue. Toutes ces parties, ainsi que la racine de la langue et la face supérieure de l'épiglotte, sont tuméfiées, bosselées, et ont un aspect lardacé à la coupe. La pointe de l'épiglotte est détruite, rangée en forme de croissant. Le foie présente une surface granuleuse et l'aspect de la noix muscade. Tout l'organe est déformé par des cicatrices étendues et rétractées. (Ext. du mémoire de Virchow. *Syph. constit.*, traduct. de Picard, 1860.)

Obs. XIII.— D..., 23 ans, enfermé pour vagabondage en 1859. C'est un sujet maladif extrêmement affaibli; nombreuses cicatrices de scrofule sur les différentes parties du corps. Sur cet organisme déjà ruiné par la maladie et une manière de vivre déplorable, vint s'abattre, il y a deux ans et demi environ, une syphilis qui, complètement négligée, fit des ravages étendus, surtout dans la gorge. Le voile du palais était réduit à des vestiges figurant trois arcs de voûte; deux de ceux-ci étaient constitués par les piliers antérieurs

rétrécis, par des cicatrices tendues de chaque côté, et se dirigeant en bas et en arrière, à partir du bord libre du palais; le pilier postérieur gauche n'existait plus; un vestige induré et cicatriciel du pilier droit formait le troisième arceau de la voûte. Il était devenu presque horizontal, et, en se portant vers la paroi pharyngienne, il obstruait à peu près complètement l'orifice de l'arrière-narine correspondante. Vers son extrémité antérieure, on remarquait une petite saillie arrondie, charnue, représentant sans doute la luette attirée à droite et en arrière.

La paroi postérieure du pharynx, qu'on voyait dans une grande étendue, et du côté gauche, à travers la perforation du voile, était encore ulcérée çà et là; une autre ulcération, déprimée, à base lardacée, occupait la place de l'amygdale droite; à gauche, on ne trouvait plus de traces ni de la glande, ni de sa loge. La déglutition, quoique un peu douloureuse, se faisait assez bien; rarement les liquides étaient avalés de travers. La voix, nasonnée et confuse, n'était cependant ni éteinte ni enrouée; on ne pouvait donc pas supposer l'extension des ulcères de l'épiglotte et du larynx.

Les contacts exercés sur le pharynx étaient très-douloureux. Aussi, le malade se laissait difficilement examiner.

On ne put donc explorer au miroir ni la cavité pharyngienne, ni les arrière-narines. Le sujet ne resta que quelques jours en prison; il fut renvoyé chez lui. Je ne l'ai pas revu. (*Archiv für Klenische chirurgie*, t. VII, p. 199; traduit par M. Verneuil.)

OBS. XIV. — M^{me} X..., maraîchère, entre à l'hôpital Saint-Louis le 20 mars 1874. Elle ne donne aucun renseignement sur ses antécédents syphilitiques. Elle jouit habituellement d'une santé excellente et ne porte point de traces de scrofule. Les sept enfants qu'elle a eus sont tous très-robustes, a toujours été bien réglée; ses cheveux ne sont jamais tombés, mais de violents maux de tête et des douleurs dans les membres ont coïncidé avec le début d'accidents à coup sûr syphilitiques; puisqu'elle raconte qu'on lui a ordonné de l'iodure de potassium et fait prendre plusieurs boîtes de *pilules*.

On ne peut obtenir d'elle d'autres renseignements. Elle déclare, du reste, qu'elle n'est pas entrée à l'hôpital pour sa gorge, mais pour un cancroïde du nez qui lui rend la vie insupportable. La voûte palatine est en ogive, et, sur la partie antérieure et médiane du palais, existe une perforation dont elle ne peut indiquer l'époque du début; cette lésion entrave considérablement la déglutition.

L'ouverture palato-pharyngée, de forme ovale, est constituée

en avant par le rebord du voile du palais ulcéré, aminci et privé de la luette; en arrière, par un bourrelet cicatriciel, saillant, qui se relie aux piliers postérieurs de chaque côté. On pourrait ainsi supposer qu'il y a eu primitivement adhérence du voile du palais en arrière, puis ulcération qui a déterminé une perforation palatine très-légère. Des bords amincis de cet orifice partent des arcs cicatriciels qui vont rejoindre les piliers, eux-mêmes réduits à des faisceaux musculaires doublés de cicatrices. Sur la paroi postérieure du pharynx se voient également des cicatrices profondes et déprimées.

Si l'on considère les modifications apportées au conduit palato-pharyngien par ces désordres, on remarque que cet organe n'est plus fermé pendant la déglutition par un mouvement de bascule antéro-postérieur du voile du palais, mais par un mouvement de constriction circulaire à l'instar de celui des orifices à sphincter; car ici, les brides cicatricielles adhérentes à la paroi postérieure du pharynx sont doublées de tissu musculaire et marchent à l'encontre du bord inférieur du voile du palais, qui se contracte dans un sens directement opposé; de sorte que la réunion de ces deux mouvements amène une obturation presque complète du conduit palato-pharyngé.

Cependant les liquides refluent dans les fosses nasales et reviennent dans la cavité buccale par la perforation palatine.

L'anosmie est complète, le goût est conservé, la bouche d'une sécheresse absolue. Elle ne peut ni siffler, ni souffler une bougie. Elle grasseye, sa voix est nasonnée, la formation des diphthongues impossible. Son cancroïde qui forme l'orifice antérieur des fosses nasales est étalé comme un champignon, du volume d'une pièce de 5 francs. Il est ulcéré, inégal, découpé sur ses bords; le fond en est creux, couvert de bourgeons charnus et d'une matière gris jaunâtre fétide.

OBS. XV. — M... (Louis), âgé de 28 ans, chauffeur mécanicien, né à Roubaix, entre à Ste-Marthe (Hôtel-Dieu), le 9 mars 1874. Bonne constitution; fièvre typhoïde à 6 ans. Le malade déclare qu'à 18 ans il eut un chancre infectant, une blennorrhagie et deux bubons. Alors, engagé volontaire, il dut habiter successivement l'Algérie, le Mexique, où il contracta la dysentérie, puis la Guyane; plusieurs fois pendant la durée de son service militaire, il fut soumis à un traitement hydragryque.

En 1868, M... (Louis), entrant à l'hôpital de Roubaix pour un mal

de gorge. Il ne pouvait pas prendre d'autre aliment que de la bouillie, qui revenait elle-même souvent par le nez. En outre, il était sourd des deux oreilles. Traitement spécifique. Après un an de séjour à l'hôpital, il sort amélioré; l'ennemi occupait notre territoire, il dut regagner son régiment. Prisonnier à Saint-Quentin, il a une hémorrhagie de l'isthme, s'aperçoit que, au milieu du sang liquide qu'il rejette, il se trouve un petit corps allongé; c'était sa luette. Interné à Coblenz, il ne subit aucun traitement avant son retour à Roubaix, mai 1871.

A cette époque, il portait sur la tête un grand nombre de tumeurs du volume d'une petite noix. Aucune de ces gommes n'a suppuré; mais une perforation a eu lieu sur la voûte palatine, les aliments refluent par les narines; et, depuis, sa voix est devenue enrouée et a gardé un timbre nasillard; céphalée intense et nocturne; bourdonnements d'oreille. C'est depuis dix-huit mois seulement qu'il s'est aperçu qu'il ne pouvait plus respirer par le nez et qu'il a perdu le sens de l'odorat.

Il vient à Paris pour se faire opérer.

Nous avons eu l'occasion de voir ce malade pour la première fois le 10 mars. C'est un homme vigoureux; ce qui frappe tout d'abord, c'est le timbre de sa voix. Il ne souffre pas, il boit et mange facilement.

Le conduit pharyngien, chez cet homme, est divisé en deux parties: sus et sous-palatines, par des brides cicatricielles qui font adhérer le voile du palais à la partie postérieure du pharynx.

Les cicatrices qui constituent cette occlusion sont saillantes; les unes blanches et nacrées, les autres plus ou moins violacées et vascularisées; partant de la partie postérieure et supérieure du pharynx ainsi délimité, ces cicatrices décrivent à droite et à gauche trois arcs plus ou moins interrompus, qui vont se confondre avec les piliers, qui sont eux-mêmes attirés en haut et en arrière et déformés par le tissu inodulaire.

L'injection de liquides dans les fosses nasales a permis de constater qu'il y avait une communication presque imperceptible entre les portions sus et sous-palatines du conduit pharyngien. Le malade peut, du reste, éternuer. Il est complètement sourd de l'oreille gauche; la faculté du goût est diminuée, mais non perdue.

Ce malade ne peut parler longtemps sans être obligé de s'arrêter pour donner accès à l'air accumulé dans sa cavité buccale, et reprendre haleine. Il ne peut prononcer ni T ni M, qu'il prononce D et B.

Il grasseye ; cependant son voile, ou la partie cicatricielle qui le représente, n'est pas complètement immobile ; elle peut encore servir à augmenter ou à diminuer la capacité de la cavité bucco-pharyngienne.

Chez lui, le timbre des sons pharyngiens est d'une intensité excessivement faible. Quant à la sensibilité générale de l'isthme, elle est considérablement diminuée.

OBS. XVI.—*Syphilis constitutionnelle.*—*Maladie de Brith.*—*Dysenté-rie, pleurésie, pharyngite ulcéreuse, rétractions cicatricielles.* — *Mort.*

En 1860 est décédé à la Clinique de Wurzburg un homme qui, affecté de syphilis, était devenu hydropique et était attaqué de dysentérie et de pleurésie. L'autopsie fit reconnaître un œdème de la pie-mère avec hydrocéphalie.

Le cerveau et les poumons étant très-anémiques, on trouvait des deux côtés une pleurésie.

L'isthme du gosier était entièrement atrésié, la portion supérieure de l'œsophage était rétrécie par une cicatrice, sa portion inférieure présentait des érosions hémorrhagiques.

Rien dans le larynx ni dans la trachée ; les bronches étaient dilatées. Les ganglions lymphatiques tuméfiés et d'aspect caséux.

Cicatrice profonde, étendue du foie, présentant, en certains points, l'aspect hyperémié.

Rate volumineuse, dure, anémique, à follicules peu développés. Les reins sont diminués de volume, la couche corticale présente des rétractions cicatricielles ; les papilles sont volumineuses et gorgées de sang.

Cicatrices à la couronne du gland près du frein. Tuméfaction de l'épididyme, quelques adhérences au testicule gauche.

OBS. XVII. — La malade est une veuve, âgée de 60 ans. Le nez tout entier, y compris ses os propres, une portion considérable de l'ethmoïde et du maxillaire supérieur, les cornets inférieurs, le vomer, la voûte palatine, le voile du palais, ont été détruits, de sorte que les narines et la bouche ne forment plus qu'une seule cavité, sans aucune espèce de séparation, même en avant. Cette ouverture est bornée en haut par l'ethmoïde et en bas par la langue ; elle peut laisser passage aux cinq doigts de la main. Les bords alvéolaires des mâchoires supérieure et inférieure manquent complète-

ment. Une partie des lèvres, les paupières sont détruites par l'ulcération. Cependant l'odorat est conservé à un degré considérable; elle reconnaît les odeurs désagréables; elle ne parle qu'avec une difficulté extrême. Il lui est presque impossible d'avaler les liquides. Quand elle fait usage d'un aliment qui se mange à la cuiller, elle se couche sur le dos, jetant sa nourriture dans son gosier; elle exécute la déglutition avec difficulté et avec une expression de douleurs. La langue est gonflée et enflammée par son exposition constante à l'air. L'ouïe est fort affaiblie. Tout son corps est émacié. Elle accuse son mari d'être l'auteur de son mal.

Obs. XVIII. — Steiner (Wilhelmine), 34 ans, depuis bien des années livrée à la prostitution, a été infectée plusieurs fois. Comme cela arrive souvent dans les affections syphilitiques, les renseignements sur la durée et la marche de la maladie sont loin d'être positifs. Le seul antécédent bien établi est un mal de gorge qu'elle a eu, il y a plusieurs années, et qui a été violent et opiniâtre. Il a d'ailleurs laissé des traces visibles. Au commencement de décembre 1865, voilà ce que je constatai : la voix est encore suffisamment articulée, seulement elle est nasillarde; la respiration et la déglutition se font normalement. La malade néanmoins, depuis qu'elle a eu une inflammation de l'arrière-gorge, se plaint à chaque abaissement de température, d'une toux persistante, mais sans expectoration. Le voile du palais est entièrement fendu jusqu'à ses attaches osseuses, vers le milieu, mais un peu plus à droite, de sorte que la luette appartient tout entière à la partie gauche. Les deux moitiés divergent en formant un hiatus large, triangulaire, à contours mousses; l'aile droite, qui est fortement tirée en arrière et en dehors, pend librement dans la cavité pharyngienne et peut être facilement ramenée en avant et vers le milieu, lorsqu'on la saisit avec une pince. Cette aile n'a donc pas été considérablement endommagée par l'affection syphilitique, et n'a éprouvé ni perte de substance, ni rétraction cicatricielle notables. Elle n'a pas d'adhérence avec la paroi postérieure du pharynx.

Le milieu droit et l'amygdale qu'ils circonscrivent sont peu changés par la cicatrice; par contre, l'aile gauche du voile du palais en même temps que la luette sont soudées à la paroi pharyngienne correspondante, par une cicatrice très-forte, tendue, large et épaisse.

Les contours de cette aile et de la luette sont encore reconnaissables, mais cette partie est complètement immobile et l'amygdale

entièrement cachée. La muqueuse buccale et pharyngienne est pâle, décolorée, mais dépourvue d'ulcérations.

Néanmoins les bords de l'ouverture sont couverts de cicatrices. La cavité nasale est exempte de tout ozène.

Une inspection répétée et détaillée de la glotte et de l'épiglotte ne laisse apercevoir aucun gonflement, aucun ulcère ni aucune excroissance. Nulle partie du corps ne présente d'accidents syphilitiques. (Hermann, traduit de M. Verneuil, *loc. cit.*)